

REQUERIMENTO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU COM FAMILIAR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA (art. 98 da Lei 8.112/90)

I - INFORMAÇÕES PESSOAIS:

1. Nome: _____
2. Ramal: _____ 3. Celular: _____ 4. E-mail: _____
5. Identificação Única do Servidor (SIAPE): _____
6. Cargo: _____
7. Lotação: _____

II – Requer horário especial, nos termos do art. 98 da lei nº 8.112/90, em razão de:

1. () ser portador de deficiência
2. () possuir familiar portador de deficiência. a) cônjuge() b) filho() c) dependente()

Obs: Caso seja assinalado o item 2, será necessário a compensação, conforme art.98, inciso 3 da lei 8112/90 - “§ 3º As disposições do parágrafo anterior são extensivas ao servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente portador de deficiência física, exigindo-se, porém, neste caso, compensação de horário na forma do inciso II do art. 44”.

OBS.: Anexar Laudo Médico original e sem rasuras, informando o Código Internacional de Doenças CID e Exames Complementares.

GRADE 1 – HORÁRIO DE TRABALHO ATUAL

TURNO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	
Manhã							
Tarde							
Noite							
	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total SEMANA:

GRADE 2 – HORÁRIO DE TRABALHO PROPOSTO

TURNO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	
Manhã							
Tarde							
Noite							
	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total SEMANA:

Orientação para preenchimento das Grades:

- 1.- Ch total DIA: preencher com a carga horária total do DIA DA SEMANA.
- 2.- Ch total SEMANA: preencher com a carga horária total DA SEMANA.
- 3.- A carga horária diária não poderá ultrapassar 8 horas;
4. - A carga horária semanal não poderá ultrapassar 40 horas;

* Estou ciente de que a autorização do horário especial está condicionada a comprovação da deficiência declarada por Junta Médica Oficial .

Local e data: _____

CHEFIA IMEDIATA :

Assinatura do requerente

Aprovo a presente proposta, pois compreende a jornada semanal de trabalho a que esta submetido o servidor(a).

Local e data: _____

Carimbo e assinatura da Chefia Imediata